Syphilitische Erkrankung
des
Centralnervensystems
complicirt durch Diabetes und Epilepsie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 2. Mai 1895

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Theodor Kerssenboom

aus Köln a. Rh.

OPPONENTEN:

Hr. E. Rosenau, pract. Arzt.
- Cand. med. R. Janzer.
- Cand. med. R. Hartmann.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0210

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Durch die Güte des Herrn Geheimrat Professor Dr. Jolly wurde mir ein Fall zur Bearbeitung überlassen, welcher gar viel des Interessanten bietet. Wir finden eine Complication von Syphilis mit Diabetes mellitus und epileptischen Erscheinungen.

Die nicht allein wissenschaftlich interessante, sondern auch practisch wichtige Frage, ob es einen auf syphilitischer Grundlage basierenden Diabetes mellitus gebe, ist in den letzten Jahrzehnten mehrfach erörtert worden.

Im Jahre 1860 veröffentlichte Leudet im Moniteur des sciences médicales zum ersten Male einen Fall von Gehirnsyphilis, welche von Diabetes begleitet war. Ihm folgten im Jahre 1863 Dr. Dub (Prager Vierteljahrschrift für die practische Heilkunde) im Jahre 1864 und 1865 Frerichs mit je zwei Beobachtungen. Später sprach sich Prof. Jaksch (Prag) eingehender über Syphilis als Ursache des Diabetes aus. Im Jahre 1875 brachte Dr. Seegen einen Fall von Coïncidenz von Syphilis und Diabetes, in welchem beide Affectionen unter antiluetischer Behandlung heilten. Darauf bearbeiteten Lecorché (durch de Servantie) und Cantani unser Thema.

Während ersterer entschieden für die Möglichkeit eines syphilitischen Diabetes eintritt, bekämpft letzterer diese Ansicht. Im Jahre 1884 stellte Scheinmann 10 Fälle zusammen, in welchen Lues mit Diabetes gepaart aufgetreten war. W. Schulte (Diss. inaug., Jena 1887) fügte diesen zwei neue hinzu. Weitere Beobachtungen veröffentlichten Arnaud, Dr. Reumont (Berl. klin. Wochenschrift 1886 No. 13), Lemmonier de Flers und Dr. Decker (Medicin. Wochenschrift 1889 No. 46). Ferner Michaïloff (Med. Obozr. Moskau 1891), Colleville (Arch. générales de méd. et de chir. 1891) und Feinberg (Berl. klin. Wochenschr. Febr. 1892). Im Jahre 1892 trat Professor

Fisher (England) mit einer kritischen Behandlung der Frage hervor, weiterhin sprachen sich französische Autoren, wie Fournier und Jullien darüber aus. Charneaux endlich führt in einer Dissertation, welcher hauptsächlich die vorstehenden historischen Bemerkungen entnommen sind, im Jahre 1894 neunzehn Fälle von Syphilis mit nachfolgendem Diabetes mellitus an.

Ich lasse nun in kurzen Zügen die bisher veröffentlichten Fälle folgen und schliesse den von mir in der kgl. Charité beobachteten an.

Fall I.

(Leudet, Moniteur des sciences médicales 1860.)

H. T., eine Dreissigerin, trat im Frühjahr 1856 in das Krankenhaus in Rouen ein. In der Jugend war sie stets gesund. Infection wird geleugnet. Vor vier Jahren trat infolge eines Stosses gegen die Nase im Verlaufe mehrerer Wochen eine Anschwellung an dieser Stelle auf, der bald ein eitriger Ausfluss aus den Nasenlöchern folgte. Einige Zeit darauf senkten sich beide Nasenbeine an ihrer Wurzel und bedingten dadurch eine Verunstaltung der Form, die noch jetzt besteht. T. hat viermal geboren, zuletzt vor $4^1/_2$ Monaten. Im 6. Monat der letzten Schwangerschaft plötzliche Erblindung, links ohne Lähmung der Gesichtsmuskeln oder der Extremitäten, heftige Kopfschmerzen. Am 18. Mai zeigte T. fast vollständigen Verlust des Gedächtnisses oder wenigstens im hohen Grade geschwächte Intelligenz. Einige unfreiwillige Bewegungen. Auf der linken Seite Schluss der Augenlider, kleiner weisser Erguss in der Tiefe der Cornea, ohne Ulceration an der Oberfläche, der Ausdehnung einer Erbse entsprechend, nach unten und links von der Pupillenöffnung. Puls 110. Keine motorischen Störungen in den obern und untern Extremitäten. Am Abend des 29. Mai ist sie imstande, Angaben zu machen. Ihr Zustand ist folgender: Blepharoptose links, Schluss der Augenlider normal, Strabismus externus links, Lähmung der Musculi interni, unvollständige Lähmung des Musculus rectus internus superior dexter, Pupille dieser Seite erweitert und fixiert, geringe Empfindlichkeit der Nasen- und Augenschleimhaut links, Anästhesie der Haut an Stirn, Wange, Lippe und der linken Hälfte der Zunge; hierauf Verlust des Geschmacks. Sehschwäche auf dem linken Auge in hohem Grade. Die Kranke erkennt nur ungenau die Objecte, welche man ihr zeigt. Weder Schmerz, noch Auftreibungen an irgend einem Punkte des Schädels oder der langen Knochen wahrnehmbar. Gegen Ende der letzten Schwangerschaft, kurz nach dem Eintritt der Sehstörung, stellte sich ein heftiger Durst ein, welcher sie zwang, 8 bis 10 l täglich zu trinken. Dieser Durst hat bis zum Augenblicke fortgedauert. Der Urin ergab beim Prüfen Zucker. Therapie: Limonade, 7 Blutegel an die linke Schläfengegend, Calomel mit Jalap, Bouillon. Am 1. Juni hat sich die Anästhesie der Haut etwas vermindert;

sonst Status praesens idem. Therapie: Limonade, Bouillon, Jod. Im Laufe dieses Monats besserte sich der Zustand der Pat.

Es stellte sich normale Empfindlichkeit an der Haut und an den Schleimhäuten wieder her mit Ausnahme der afficierten Zungenhälfte, die unempfindlich blieb. Am Auge geringe Änderungen. Der Durst ist verschwunden und der Zucker war nach allmählicher Verminderung am 20. Juni nicht mehr im Urin nachweisbar. Pat. verlässt symptomenfrei das Krankenhaus am 13. Juni 1856.

Am 14. Juli kommt Pat. zum zweiten Male in das Krankenhaus wegen einer Entzündung der Conjunctiva und einer Erweichung der Cornea auf dem linken Auge, sie klagt über Schmerzen in der Schläfe und in der linken Stirngegend, die linke Wange etwas unempfindlich, linke Zungenhälfte vollständig anästhetisch.

Am 19. Perforation am linken Auge, darnach Besserung. Therapie: Jodkalium. Besserung.

Am 27. Dec. 1856 kam T. zum dritten Male in das Krankenhaus; bis dahin war ihr Zustand erträglich gewesen. Das Bewusstsein war stark benommen, sie macht nur unvollständige Angaben über ihren Zustand, die einander widersprechen. Kein Strabismus; es zeigen sich dieselben Sensibilitätsstörungen. Therapie: Jod. Calomel mit Jalap, Bouillon, Wein.

Am 30. vollständig comatöser Zustand.

Am 1. Januar kehrt das Bewusstsein zurück; sie versichert, ein wenig auf dem rechten Auge sehen zu können; geringe Stomatitis mercurialis; kein Durst, kein Zucker im Urin. Nach einer Iritis besserte sich ihr Zustand zusehends, so dass sie am 24. Jan. das Spital verlässt. Im Februar klagte Pat. nur über Sehschwäche.

Am 11. September 1860 erfolgte die vierte Aufnahme. Aus den letzten drei Jahren ist über ihren Zustand nichts bekannt. Bei der Aufnahme äusserste Schwäche, Sehvermögen rechts sehr unvollkommen. Anästhesie wieder wie früher. Abweichen der Zunge nach links. Erbrechen, lebhafter Durst. Pat. trinkt 4—5 l Flüssigkeit in 24 Stunden. Urin hat verringertes spec. Gewicht; kein Zucker; Diarrhoeen. Bronchiales Exspirium an den Lungenspitzen. Unter Behandlung mit kräftigen Excitantien bessert sich noch einmal ihr Zustand, doch tritt unter zunehmender Schwäche am 16. Oct. 1860 der Exitus letalis ein.

Obduction am 17. Keine Spur von Fäulnis, leichtes Ödem der unteren Extremitäten; Vertiefung der Nasenbeine; keine Veränderungen der Meningen an der Convexität des Gehirns. An der Basis lösen sich Pia und Arachnoidea nur schwer; sie hängen fest an der Gehirnsubstanz und erscheinen undurchsichtig, weiss, besonders um das Chiasma herum.

Im 4. Ventrikel hängen die Plexus chorioidei fest an der linken Grenze des Calamus scriptorius, hier erscheint die Substanz wie zernagt, unregelmässig, etwas erweicht in ihrer oberflächlichen Schicht, besonders in der Gegend der Fäden des linken Nervus acust. In der Gegend der linken Hälfte des Chiasma befindet sich eine leicht gerötete, weiche Masse von der Grösse einer halben Linse und circa 1 cm Dicke, welche fest an den Hirnhäuten und auch an den Nerven hängt. Der linke Nerv. opt. ist bis auf die Hälfte seines Volumens vor und hinter dem Chiasma reduciert und zeigt eine graue Färbung. Der linke Nervus

trigeminus ist atrophiert, besonders im Augenteil. Das Ganglion Gasseri erscheint mehr weiss wie grau, unter ihm befindet sich ein kleiner knochenartiger Kamm, der es comprimiert. Starkes Haften der Hirnhäute an der Basis. In der Insula Reilii findet sich ein kleiner, siebförmiger Herd, ohne Erweichung.

In den Lungen Adhäsionen, Indurationen, tuberculöse Cavernen, Herz gesund; ebenso Pharynx, Larynx, Oesophagus und Magen. Zahlreiche Ulcerationen im Dünndarm, Coecum, Colon; teilweise vernarbt. Die Leber zeigt längliche, narbige Einziehungen, am Grunde bräunlich, kleine Lobuli umgreifend, sie entsprechen fibrösen Zügen, die, hart und weiss, dem Lauf der Gefässe folgen. Parenchym gelblich weiss, leicht abstreifbar. Milz gesund. Nieren sind im ganzen etwas atrophisch. Die Oberfläche erscheint durch Narben und tiefe Einziehungen unterbrochen, schwärzlich verfärbt, Pyramiden entfärbt. Uterus, Tuben, Ovarien normal.

Fall II.

(Aus Prof. Hallas Klinik.)

Vor 4 Jahren wurde ein zwanzigjähriges Mädchen aufgenommen, das, neben verschiedenen, ausgesprochenen Symptomen constitutioneller Syphilis (Rachengeschwüre, Tophi, Psoriasis), einerseits an ziemlich hochgradigem Diabetes mellitus, andererseits an linksseitiger Lähmung des Trochlearis und Facialis litt. Eine eingreifende Jodcur brachte die meisten dieser Erscheinungen, namentlich die Lähmung und die Tophen bis auf geringe Spuren, vollständig aber den Diabetes zum Schwinden. Die Kranke entzog sich weiterer Beobachtung.

Fall III.

(Aus der Vierteljahrschrift für die pract. Heilkunde. Prag 1863. Ein Beitrag zur Lehre des Diab. mellitus von Dr. Dub.)

Im Mai 1857 suchte ein achtundzwanzigjähriger Mann meine Hilfe. Seine Magerkeit war auffällig. Er erzählte, seine Mutter sei derselben Krankheit erlegen, an welcher er jetzt leide; er sei nie krank gewesen, es plage ihn ein unlöschlicher Durst, er lasse viel Urin. Sehr lästig sei ihm der ungeheure Hunger, noch lästiger die Abnahme der Körperkraft, beschämend der gänzliche Mangel an geschlechtlicher Erregung, da er erst seit 14 Tagen verheiratet sei.

Die Inspection ergab ein über den ganzen Körper verbreitetes kupferrotes Exanthem, im Rachen links ein Geschwür, in der linken Leistengegend eine Narbe, die Leistendrüsen beiderseits geschwollen. Der Puls ist klein, schwach, beschleunigt, bei Bewegungen entsteht Herzklopfen. Die Functionen des Centralnervensystems und der Atmungsorgane normal, die Verdauung der massenhaft genossenen Speisen normal, Stuhlverstopfung, Gewicht 90 Pfund. Die Untersuchung des Urins erwies sowohl nach der Böttgerschen als nach der Trommerschen Reaction reichlichen Gehalt an Zucker. Die Narbe, die Drüseninfiltration, das Exanthem und das Rachengeschwür sprechen für Syphilis. Unter Mercurgebrauch erblasste das Syphilid nach

10 Tagen, das Rachengeschwür begann zu heilen, der Puls wurde weniger beschleunigt. Der Kranke wog 93 Pfund. Urin noch zuckerhaltig. Nach 6 Wochen waren die Erscheinungen von Lues verschwunden, ebenso Polydipsie und Polyurie sowie der Heisshunger. Der Geschlechtssinn war erwacht; keine Spur von Zucker.

Prof. Jaksch sah diesen Kranken einige Tage darauf. Auch er fand den Urin zuckerfrei, entdeckte aber an den Handflächen ein squamöses Syphilid.

Später in Erfahrung gebracht durch Hörensagen, der Diabetes sei wiedergekehrt, der Kranke sei nach Karlsbad gegangen und bald darauf gestorben. Es scheint ihm die Vermutung darnach begründet, dass doch in einigen Fällen Diabetes durch Syphilis bedingt sei.

Fall IV.

(Von Cyon, Diss. inaug., Berlin 1864.)

L., 59 Jahre alt, aufgenommen 3. Sept. 1861, hat einmal Gonorrhoe gehabt und ist zweimal von einem syphilitischen Ulcus durch Mercuranwendung geheilt worden. Im Jahre 1859 trat unmittelbar nach einer überstandenen Leberkrankheit ein syphilitisches Exanthem auf, zu dem eine Hydrocele und Strictur der Urethra hinzukamen.

Als der Pat. der zweiten Krankheit halber in die Charité aufgenommen war, fand man alle Symptome des Diabetes. Der Körper schwach und abgemagert, die Haut, mit Narben bedeckt, zeigte kleienartige Abschilferung, der Kranke klagt über Schmerzen auf der Höhe des Schädels und zeigt Spuren von Geistesabwesenheit; auf Fragen antwortet er langsam, wie ein Mensch von geringem Begriffsvermögen. In den Lungen findet sich nichts Krankhaftes; das Herz wird von den Lungen überlagert, die Arteria radialis etwas rigide, Zunge belegt, starker Hunger und Durst. Leber und Milz etwas vergrössert. Der Urin reichlich, enthält Zucker. Kurze Zeit nach der Aufnahme stellt sich Schlaflosigkeit ein, sowie Schmerzen im Kopfe. Abgesehen von kleinen Remissionen blieb der Diabetes im wesentlichen auf gleicher Höhe. Später stellten sich Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten ein, ohne dass Auftreibungen an ihnen wahrnehmbar gewesen wären.

In der Nacht des 30. Januar wurde der Kopfschmerz überaus heftig, es trat ein Anfall auf, in dem Pat. mit offenen Augen, Schaum auf den Lippen, ohne alle Convulsion dalag. Diese Anfälle mehrten sich in derselben Nacht; Zähneknirschen und Zittern kamen dazu. Es schloss sich später daran eine Contractur der oberen und unteren Extremitäten; ein Versuch, dieselben zu extendieren, schmerzte.

Ähnliche Anfälle sind schon früher bei dem Kranken aufgetreten, aber erst nach der Infection. Jetzt wurden sie bald immer heftiger und nahmen den Charakter der epileptischen an. Die Contracturen bildeten sich immer mehr aus, besonders auf der rechten Seite. Später wurde die linke Körperhälfte gelähmt und auf dem rechten Auge trat Strabismus convergens ein. Klagen über Schmerzen in der Kreuzbeingegend. Die Convul-

sionen wurden immer heftiger, besonders auf der gelähmten Seite. Die psychischen Functionen nehmen mehr und mehr ab, der Schlaf fehlt gänzlich oder wird durch schreckhafte Träume gestört. In diesem Zustand starb der Kranke am 3. Februar. Die Temperatur war während der Krankheit ein wenig erhöht, die Urinsecretion in letzter Zeit etwas vermindert. Die Prüfung ergab stets Zucker, das specifische Gewicht war erhöht.

Therapie: Mühlbrunnen, Extractum Cannabis Indicae, Opium und Solutio Kalii jodati.

Sectionsbefund: In den Schädelknochen befindet sich geringe spongiöse Substanz, die Dura mater ist auf der Convexität des Gehirns verdickt, weiss, ihre innere Oberfläche mit kleinen Erhabenheiten bedeckt. Die Pia mater gleichfalls verdickt, trübe, stark ödematös, an der Basis zart und leicht zerreisslich. Auf der Oberfläche des rechten hinteren Lappens findet sich eine starke, callöse Verdickung der Pia mater. Auf dem rechten vorderen Lappen feste Verwachsung mit der Dura. Unter derselben erscheint beim Einschnitte das Gewebe verdickt und steigt von der Dura mater abwärts in die Substanz des Gehirns hinein. Hier findet sich eine kleine Höhle von der Grösse eines Kirschkerns mit Serum gefüllt, die Wände mit Detritus bedeckt. Oberhalb dieser Höhle liegen einige linsenförmige Herde, aus derbem Gewebe bestehend und von einem bräunlichen Hofe umgeben. Die beiden Seitenventrikel enthalten spärliche, rötliche Flüssigkeit, das Ependym ist stark verdickt. Das Velum und die Plexus chorioidei sind injiciert, Kleinhirn derb, ebenso der vierte Ventrikel; am hinteren Ende scheint die Pia stark gerötet. Die weisse Substanz des Gehirns bietet Überfüllung der grossen Gefässe, die graue zeigt sich weisslich und schmal. Im rechten Linsenkern sind einige Cysten mit klarer Flüssigkeit gefüllt, unter welchen die Substanz des Gehirns teigig ist. Beide Corpora striata und Thalami, wie auch die ganze weisse Gehirnsubstanz sind derb. Die hintere Fläche der Medulla oblongata gerötet. Hinter dem Ursprung der Nervi acustici ist eine Stelle, die gerötet und durchscheinend sich darstellt. Die beiden Vagi ziemlich erheblich an Umfang verringert, besonders der linke am Halse. Das oberste rechte Ganglion stark dunkel gefärbt, das unterste Halsganglion rechts bräunlich. In den Lungen neben geringem Emphysem Bronchopneumonie. In dem Gefässsystem ausser atheromatöser Entartung der Aorta nichts Besonderes. Die Leber zeigt kleine Acini, Mangel an Fett, Gallengänge erweitert, einige Concremente enthaltend. Keine Cirrhose. In Milz, Nieren und Darm nichts Abnormes.

Fall V.

(C. Bassin, Diss. inaug., Berlin 1865.)

C. B., 40 Jahre alt, stets gesund gewesen, will sich nie inficiert haben. Er leidet seit einiger Zeit an starkem Kopfschmerz, Schwindel, starkem Durst und Hunger. Auch bemerkte er, dass die Menge des Urins zugenommen habe. Bei der Aufnahme zeigte der helle und in grosser Menge gelassene Urin ein hohes specifisches Gewicht und reichlichen Zucker. Die Zähne cariös,

hochgradiger Durst und heftige Kopfschmerzen. Puls sehr verlangsamt, etwa 50 Schläge in der Minute. Alle Drüsen geschwollen.

Diagnose: Chronische Meningitis abhängig von Syphilis.

Therapie: Jodkali. Es traten indess bald stürmische Symptome auf, infolge dessen das Mittel ausgesetzt wird. Die Hitze stieg, Kopfschmerz nahm zu, Pupillen wurden ungleich, Anästhesieen, Tod unter Erscheinungen von Hirndruck. Während der Zunahme des Fiebers verringerte sich der Zuckergehalt des Urins.

Obduction: Entzündung der Pia mater mit gelblich-eitrigem Exsudate, besonders reichlich in der Gegend der Fossa Sylvii und des Tuber cinereum. Ependym des vierten Ventrikels verdickt. Die Entzündung setzte sich bis ins Rückenmark fort. In der Leber zeigten einzelne Zellen zwei Kerne. Die Milz war infolge früherer Intermittens geschwollen.

Fall VI.

(Nach Dr. Seegen.)

Herr G—n hat ein stürmisches Leben geführt, war stets leicht erregbar, aber mit Ausnahme häufiger secundärer Affectionen stets gesund und wurde sehr fettleibig. In den letzten Jahren litt Pat. häufig an Kopfschmerzen, es traten ferner während der Nacht nach heftiger Aufregung oft Schwindelanfälle auf, die aber auf Ruhe und Nervina (Aqua Laurocer. und Valerian.) besser wurden. In den linken Extremitäten waren paretische Erscheinungen aufgetreten, Gefühl von Eingeschlafensein, geringere Empfindlichkeit und verringerte Beweglichkeit. Im letzten Jahre stellten sich häufig neuralgische Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, die zuweilen das Gehen unmöglich machten. An dem rechten Unterschenkel entwickelt sich ein varicöses Geschwür und bedeutende ödematöse Anschwellung. Oberhalb des Geschwüres eine Knochenauftreibung. Im letzten Jahre klagt Pat. häufig über Durst und Hinfälligkeit. Die Untersuchung des Harns wies Zucker nach. Die Summe der Erscheinungen wurde als constitutionelle Syphilis aufgefasst; auf Jodkali mit kleineren Gaben von Bromkalium und Eisen besserten sich alle Krankheitserscheinungen und der Zucker verschwand aus dem Harn.

Fall VII.

(Servantie, des rapports du Diabète et de la Syphilis. Diss. inaug.)

Toussaint, 30 Jahre alt, Arbeiter, trat am 29. Januar 1875 in das Krankenhaus ein. Der Bruder des Kranken ist an Diabetes gestorben nach einem Excesse in Baccho.

Patient hat im Alter von 6 Jahren einen Fall auf den Kopf gethan, es stellte sich eine bedeutende Knochenauftreibung von harter Consistenz ein, welche man in der Gegend zwischen Stirn und Scheitelbein vorfand. Nach einer Blennorrhoe und Orchitis hat er anfangs des Jahres 1874 einen Schanker acquiriert; im September stellten sich breite Condylome am Munde und Anus ein. Er heiratete alsdann. Seine Frau blieb gesund. Seit Ende

December des Jahres besteht stark ausgesprochene Polyurie und Polydipsie mit Abmagerung und starker Abnahme der Kräfte. Schlaflosigkeit und ausgeprägter Heisshunger, Auftreibung des Leibes, Defluvium capillorum, keinerlei Kopfschmerz. Genitalfunction normal.

30. Januar. Man constatiert eine geringe Vergrösserung der Milz. Leber normal. An den Augen und den Brustorganen nichts Auffälliges: der Urin milchig, 8 Liter. Grosser Hunger und Magerkeit, bedeutende Schwäche. Therapie: Chinawein, Kalium jodatum.

1. Februar. 11 Liter Urin (Kal. jod.).

2. Febr. 10 Liter Urin (Kleberbrod).

3. Febr. Schon bedeutende Besserung. Der Kranke fühlt sich kräftiger. 4 Liter Urin.

4. Febr. 4 Liter Urin.

5. Febr. 6 Liter Urin. Durst hat nachgelassen (2 Pilulae Kal. jod.).

6. Febr. 6 Liter Urin, der Leib ist nicht mehr aufgetrieben, Verdauung normal.

7. Febr. 6 Liter Urin.

8. Febr. 6 Liter Urin. Besserung schreitet fort. (3 Pil. Kal. jod.)

9. Febr. 6 Liter Urin, jetzt klar. (4 Pil. Kal. jod.)

10. Febr. 6 Liter Urin, enthaltend 74 g Zucker. Da die Condylome geschwunden sind und die Kräfte sich bedeutend gehoben haben, verlässt der Kranke das Spital.

Am 18. Febr. bei der Consultation scheint der Allgemeinzustand ziemlich gut zu sein. Pat. hustet wenig und spürt unangenehme Empfindungen in den unteren Extremitäten. In den Lungen nichts.

Fall VIII.

(Dr. Reumont, Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 13.)

Ein 42jähriger, norddeutscher Kaufmann von schwächlicher Constitution inficierte sich in seinem 30. Lebensjahre (1872) luetisch. Die secundären Erscheinungen, Roseola, Angina, wurden ungenügend mit Jod und Sublimat behandelt. Nach einigen Monaten stellten sich Recidive ein, welche jedoch bald einer energischen Inunctionscur wichen. Im Jahre 1874 überstand er Rheumatismus musculorum acutus mit consecutiver Endocarditis und war durch 6 Monate leidend; er wurde jedoch wieder gesund und es blieb nur eine leichte Anämie und Neurasthenie zurück. Im Herbst 1884 hatte er viel Strapazen durchzumachen. Im Januar 1886 bekam der Kranke Diplopieen, bedingt durch eine rechtsseitige Parese des Oculomotorius, ferner motorische Schwäche in den Beinen, Trigeminus- und Ulnarparästhesieen leichteren Grades, welche sich immer mehr steigerten, bis im März ein sehr heftig auftretendes Gürtelgefühl ihn zwang, ärztliche Hülfe aufzusuchen. Eine nochmalige sehr energische Inunctionscur brachte nur leichte Besserung. Nach der zweiten mercuriellen Behandlung wurde am 11. Juni zuerst Glycosurie entdeckt, früher war der Urin nicht untersucht worden.

Es fanden sich 0,6 % Zucker bei der ersten Untersuchung.

später schwankte der Gehalt an Zucker zwischen 0,4 und 0,8 %. Einige Tage später trat Parese des rechten Nervus abducens ein und der Kranke begab sich behufs einer ihm angerateuen Badecur nach Aachen.

Status praesens: 10. Juli 85. Patient gut genährt, bleich, bietet die meisten pathognomonischen tabetischen Erscheinungen dar, mit Ausnahme der Ataxie; derselbe befindet sich also in der von Fournier sog. „Période praeataxique", blitzähnliche Schmerzen, Reflexe teils herabgesetzt, teils erloschen, es besteht Panzergefühl, ferner eine Empfindung, als wenn dem Pat. in der Gegend der Lendenwirbel ein fortwährender Druck durch einen stumpfen Körper ausgeübt würde. Es besteht nur eine leichte Infiltration der Cervicaldrüsen, sonst keine luetische Erscheinung. Die Herzaction ist gesteigert, es bestehen linksseitige Doppelbilder, ferner Myosis, ausserdem besteht grosse hypochondrische Verstimmung mit Melancholie. Blasen- und Mastdarmfunctionen normal; geringe Polyurie, der Harn ist hell, von strohgelber Farbe, zeigt eine schwach saure Reaction, spec. Gew. 1019 bei 18° C. Zucker 0,987 %.

Mit ganz geringen Schwankungen ergaben spätere Untersuchungen dasselbe Resultat. Vom 10. Juli bis 9. Sept. machte Pat. eine combinierte Bade- und Inunctionscur durch, mit streng geregelter Diabetesdiät. Dieselbe brachte indess keine Besserung und der Pat. verliess in demselben Zustande, wie er gekommen, Aachen. In seiner Heimat setzte er die antisyphilitische Cur (Jod) in Verbindung mit Elektricität fort. Nach neuesten Nachrichten stieg der Zuckergehalt auf 1 %. Weitere Nachrichten fehlen.

Fall IX.

(Nach Frerichs.)

H., 58 Jahre alt, hochgestellter Beamter, hat sich vor 20 Jahren syphilitisch inficiert. Jetzt zeigt er Schwindel, Doppelsehen, Zittern der Hände, starken Durst. Im Urin 8% Zucker, welcher aber nach zweimaliger Cur in Karlsbad verschwindet. Sechs Monate später apoplektiformen Anfall, welcher Lichtscheu, Doppelsehen, Hyperästhesie des linken Trigeminus und vollständige Lähmung des linken Facialis zurücklässt. Jodkali ohne Erfolg, nach sieben Wochen Exitus letalis im Coma.

Obduction: Syphilitische Hyperostose des Schädels, Verwachsung der Dura mit der verdickten Pia und dem Hirncortex, Sklerose der Arterien der Hirnbasis, älterer Thrombus in der Art. basilaris. Erweichungsherd im Pons Varolii, dem linken Crus cerebri und der linken Kleinhirnrinde.

Fall X.

(Nach Frerichs.)

Marie Hauser, 65jährige Arbeiterin, begiebt sich am 3. Februar in die medicinische Klinik. Sie hat 1858 einen pustulösen Ausschlag im Gesicht und an den Händen gehabt. Seit dieser Zeit leide sie an heftigem Durst und übermässiger Esslust, sei jedoch immer schwächer geworden. Von Juli bis November 1859

habe sie einen Blasenausschlag an den Unterschenkeln gehabt, von welchem strahlige Narben zurückblieben.

Pat liess in den ersten Tagen 9000—12 000 ccm Harn von 1028—1030 spec. Gew. und 4,3% Zuckergehalt. Zunge belegt, pappiger Geschmack. Geringer Bronchialkatarrh, Lungen intact. Temperatur: 36,5—37,5, 70—80 sehr volle und harte Pulse. Die Haut stets feucht, namentlich zur Nachtzeit profuse Schweisse.

Therapie: Op. pur. 3mal tägl. 1 Gran; Diät. Besserung unwesentlich. Schwere im Kopf, Neigung zum Schlaf stellten sich ein. Puls 60. Nach Aussetzen des Opiums stieg die Harnmenge wieder auf 9000 ccm. Sehstörungen traten auf. Das Schwächegefühl nimmt zu. Harnmenge in den nächsten Wochen 7000 bis 9000 ccm mit 6% Zucker. Pat. wurde auf dringenden Wunsch, im Kreise der Familie zu sterben, entlassen.

Fall XI.

(Nach Frerichs.)

Tröbt, ein 63jähriger Bote, hatte sich in seinen jungen Jahren mehrfach syphilitisch angesteckt und überstand in seinem 40. Jahre eine drei Monate andauernde Lähmung des rechten Armes. Von Zeit zu Zeit war er verwirrt. In den letzten Jahren Gedächtnisschwäche, Zittern der Arme, Nachlass des Hörvermögens. Seit 1860 Taubheit in beiden Armen und Beinen, vermehrter Drang zum Urinieren. 1861 Schwäche, Heisshunger, grosser Durst. Am 16. März dieses Jahres kam Pat. in die Klinik.

Status: Robuster Körperbau, aber nur mässig entwickelte Musculatur, blasse trockene Haut, Ödem der Füsse, Lungenemphysem. Radialis und Carotiden haben rigide Wandungen, sonst keine Veränderungen. Stuhlgang breiig, Urinmenge 4000 ccm mit dem spec. Gew. 1036 und 4—8% Zucker.

Therapie: Tct. Thebaïca. Besserung. Vom 15. Mai ab Natr. carbonic. Gegen Ende Mai stieg die Urinmenge wieder auf 6000 ccm, spec. Gew. 1028. Pat. musste auf sein Ansuchen entlassen werden.

Fall XII.

(Nach Dr. Ritter. Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Dresden 1886.)

Die 43jährige Bäckersfrau, deren Mann vor 30 Jahren an Lues gelitten hatte, hat siebenmal abortiert. Specifische Curen hat sie nicht durchgemacht. Die Diagnose auf Lues liess sich bereits aus der äusseren Beschaffenheit eines am linken Unterschenkel befindlichen, seit mehreren Jahren bestehenden Geschwürs stellen. Zudem bestand ein Hautausschlag von Rupia, sowie nächtlicher Stirnkopfschmerz, Tibial-Schmerz und ausgesprochener Diabetes mellitus. Nach anfänglicher Quecksilberbehandlung, an die sich drei Monate später eine Jod-Kaliumcur schloss, erfolgte vollständige Beseitigung aller genannten Symptome. Aus der Discussion geht hervor, dass der Fall zweifellos syphilitisch gewesen.

Fall XIII.

(Nach Dr. Schulte. Diss. inaug., Jena 1887.)

Pat., 39 jähriger Mann, lag bis zum Winter 1885 einer angestrengten geistigen Thätigkeit ob. Derselbe ist ledig, acquirierte in seinem 22. Jahre einen syphilitischen Primäraffect mit Secundärerscheinungen eines maculopapulösen Syphilids, von dem er durch energische Einreibungen und Jodkaligebrauch geheilt wurde. Im Winter 1885 traten Mattigkeit, Unlust zu seiner gewohnten geistigen Beschäftigungsweise, gesteigertes Durstgefühl und vermehrte Harnsecretion ein. Anfangs hatte er wenig Appetit, dieser stellte sich aber dann in gesteigertem Maasse wieder ein und trotzdem er viele Speisen zu sich nahm, magerte er auffallend ab.

Durch diese Symptome beunruhigt, kam der Pat. zu mir und ich nahm anfangs Juli folgenden Status auf:

Der Kranke sehr blass, anämisch, graciler Körperbau, Musculatur schwach, Haut rissig, trocken, Panniculus adiposus mässig, Temperatur normal, Puls 95, Spannung der Arterie gering, Zunge trocken, belegt, Foetor ex ore. Pat. ist sehr deprimiert, fühlt sich subjectiv sehr krank. Percussion und Auscultation ergaben ausser einem Bronchialkatarrh und schwachen dumpfen Herztönen nichts Abnormes. Das Körpergewicht betrug 66 Kilo. Pat. will in 3 Monaten um 8 Kilo abgemagert sein.

Die tägliche Menge des schwach sauren, strohgelben Harnes betrug 4200 ccm, spec. Gew. 1038, kein Eiweiss, Zucker 2,2%. Die Cubital- und Cervicaldrüsen etwas vergrössert, infiltriert, in der rechten Inguinalfalte eine 2 cm grosse Narbe, an der linken Tibia einige Verdickungen. Der Kranke hat in den letzten Jahren, besonders in der Nachtzeit, an sehr quälenden Stirnschmerzen gelitten.

Diagnose: Diabetes mell. syphilit.

Therapie: Ung. cin. 3 g pro die, Sol. Kal. jod. 4,0 : 200,0, vollständige Enthaltung aller zucker- und stärkehaltigen Nahrung, Fleischdiät Als Getränke: Mühlbrunnen und Bordeaux.

Am 22. Juli ist die ausgeschiedene Harnmenge 3500 ccm, spec. Gew. 1030, Zuckergehalt 1,9%.

Am 29. Juli die Harnmenge nicht bestimmt, Zuckergehalt etwas vermindert; Pat. fühlt sich wohler, Durst vermindert. Bis jetzt 14 Einreibungen. Am 3. August betrug die Harnmenge 1500 ccm, spec. Gewicht 1020, Zuckergehalt 1%. Befinden nicht wesentlich verändert.

Am 10. Aug. betrug die Harnmenge 1700 ccm, spec. Gew. 1021, Zuckergehalt ½% Pat. ist mit seinem Befinden zufrieden, kein Foetor ex ore, Puls 80.

18. Aug. Kein Zucker, spec. Gew. 1016, Harnmenge 1200 ccm. 32. Einreibung.

20. Aug. Kein Zucker, spec. Gew. 1012. Befinden gut. 25. Aug. Einreibungen ausgesetzt; Jodkalium wird innerlich weiter genommen. In dem Allgemeinbefinden des Pat. ist eine ganz wesentliche Besserung eingetreten. Der Kranke, welcher einige Zeit nachher in eine andere Gegend zog, hat mir noch häufig Nachrichten von seinem relativen Wohlergehen zukommen lassen.

Fall XIV.

(Dr. Schulte, Diss. inaug., Jena 1887.)

Der zweite von mir beobachtete Fall betrifft ein 7jähr. Mädchen, welches unter den Symptomen des Diabetes mell. erkrankte, der trotz eingeleiteter Diabetestherapie constant blieb, weder der sehr sorgfältigen Diät, noch den verschiedenen, von vielen Seiten empfohlenen Arzneimitteln wich. Zufälligerweise wurde constatiert, dass die Mutter luetisch gewesen war. Eine genauere Inspection des Kindes zeigte auch bald, dass einige Symptome auf Lues schliessen lassen könnten, es waren infiltrierte Lymphdrüsen vorhanden, eine Vergrösserung der Leber in dem rechten Lappen nachweisbar, und angeblich hätte das Kind in dem ersten Lebensjahre einen Ausschlag überstanden. Unter antisyphilitischer Behandlung besserte sich der Zustand des Kindes. Die Harnmenge und der Zuckergehalt nahmen ab, das Durstgefühl verminderte sich, das Körpergewicht nahm zu. Indess ging das Kind an einer intercurrenten Pleuropneumonie zu Grunde. Weitere Daten fehlen, da keine Section gestattet wurde.

Fall XV.

(Nach Lemmonier de Flers).

Patient klagt am 25. März 1887 über Schling- und Atembeschwerden. Seit 6 Tagen hatte er reichlichen Auswurf, dessen Menge während einer Nacht (in ungefähr 10 Stunden) gut ein halbes Liter betrug. Der Auswurf war schleimig-eitrig, zeigte einige Streifen von Blut und war geballt. Ich behandelte diesen Kranken schon seit 5 Monaten und hatte die Diagnose auf Diabetes mellitus gestellt, da er täglich 3 l Urin liess mit 8,4 % Zuckergehalt.

Der 49jährige Patient will immer gesund gewesen sein. Ich fand bei ihm nur Knarren in den Kniegelenken. Die bestehende Fettleibigkeit konnte ich mir gut aus dem Berufe des Pat., welcher Schnapsreisender war, erklären. Seit 4 Jahren hatte er dazu fast gar keine Bewegung gehabt, da er nach einem Unfall, welcher die Amputation eines Beines nötig machte, stets im Wagen reiste.

Bei meiner ersten Untersuchung vor fünf Monaten fand ich die inneren Organe normal und constatierte nur ein Zittern der Hände, eine gewisse Langsamkeit im Sprechen und ein Scandieren der Worte, welches ich schon seit 5 Jahren ohne Änderung bei ihm bemerkt hatte.

Ich riet ihm damals zur Diät nach Bouchardat, welche er auch streng befolgte. Trotzdem betrug die Menge des Urins stets über zwei Liter. Zuckergehalt 7 %. Kein Eiweiss.

Am 25. März nun ergab die Percussion eine Dämpfung in der mittleren Partie der linken Lunge und ein etwas dumpfes bruit de pot fêlé bei offnem Munde.

Die Auscultation ergab feuchte Rasselgeräusche an derselben Stelle und knarrende Geräusche in der betr. Lungenspitze. Rechts normal. Kein Fieber. Bei der Untersuchung der Mundhöhle fand ich ein ziemlich ausgedehntes ulceriertes Gumma im Pharynx.

Pat. gestand denn auch, dass er mit ungefähr 20 Jahren einen harten Schanker gehabt habe, auf welchen Roseola und Plaques muqueuses am Anus und am Munde folgten. Behandelt hätte er das Leiden nicht.

Der Pat. ist verheiratet, kinderlos, seine Frau hat jedoch nie abortiert.

Ich leitete eine antisyphilitische Behandlung ein.

Am 9. April, d. h. 8 Tage nach Beginn der Behandlung, Besserung der gummösen Geschwüre im Pharynx, Auswurf geringer, Urinmenge 1600 g, 2,7 % Zucker.

21. April. Pharynxschleimhaut vernarbt, seit 8 Tagen kein Auswurf mehr. Urinmenge 1800 g, jedoch keine Spur von Zucker.

Percussion und Auscultation ergeben negativen Befund. Elf Monate lang keine Änderung, weitere Nachrichten fehlen.

Fall XVI.

(Nach Dr. Decker.)

P. S., Arbeiter, 30 Jahre alt, angeblich von gesunden Eltern stammend, die beide in hohem Alter gestorben sind, selbst nie krank gewesen, von gesundem Aussehen, mässig starker Musculatur, geringem Fettpolster, etwas trockener Haut, erkrankte am 26. Januar 1889 am linken Auge und zwar bemerkte er ein Gefühl von Drücken und schwarze Punkte im Gesichtsfeld hin und her fliegen. Am 28. Januar wurde das Auge untersucht.

Der Befund ergab einen entzündlichen Process, der den Ciliarkörper, die Chorioidea, die Retina und Nervus opticus ergriffen hatte. Da der Pat. jede Infection in Abrede stellte, wurde zunächst der Harn untersucht. Derselbe war frei von Eiweiss, enthielt aber nicht unbeträchtliche Mengen von Zucker. Die später angestellte Gärungsprobe ergab 1%. Die Halslymphdrüsen waren geschwollen, auf dem Rücken fanden sich Plaques von rotbrauner Färbung, 1—2 Markstück gross, stellenweise mit dünnen Krusten bedeckt; dieselben erstrecken sich über den Rücken, den Nacken und die ganze Kopfschwarte, an den Schläfen die Haargrenze wenig überschreitend. Cubital- und Inguinaldrüsen waren ebenfalls geschwollen.

Die Frau des Pat. erzählt denn auch, dass ihr Mann im August vorigen Jahres „unten erkrankt“ und ärztlich behandelt worden sei.

Der betr. Arzt berichtet, dass der Pat. damals wegen Condyl. lata und einer luetischen Rachenaffection eine Schmiercur durchgemacht und später Jodkali bekommen habe. Pat. sagt ferner, dass er im October zuerst am Auge etwas bemerkt und seit Ende December vermehrtes Durstgefühl habe. Auch müsste er seitdem öfter Urin lassen.

Therapie: Einreibungen 4,0 p. d. und antidiabetische Diät.

Als am 30. Januar die Harnuntersuchung kaum noch Spuren von Zucker ergab, wurde jede Beschränkung in der Diät aufgehoben. Der weitere Verlauf war der, dass der Zuckergehalt des Harns stetig abnahm.

Am 2. Februar findet sich deutliche Zuckerreaction im Journal notiert, am 5. Spuren von Zucker, am 7. nur undeutliche Zucker-

reaction, am 8. kein Zucker, und von da ab blieb der Harn bis heute zuckerfrei. Das Hautsyphilid war abgeblasst und im Schwinden begriffen.

Fall XVII.

(Nach Michaïloff.)

P. R. K., Gutsbesitzer, pensionierter Oberst, 52 Jahre alt, kränkelt seit 4 Jahren, obschon Appetit und Verdauung, abgesehen von einer leichten Neigung zu Diarrhoeen, normal. Seit Mai 1889 tritt sein Leiden stärker hervor, sein Appetit nimmt ab. Er wiegt nur noch 165 Pfund, während er vor fünf Jahren 220 wog. Sein Durst vermehrt sich relativ nicht, denn er trank so wie so schon täglich 10—12 Tassen Thee und fünf Liter Wasser.

Der Pat. begiebt sich nun nach Moskau in Behandlung. Die Untersuchung des Urins zeigt in den ersten 8 Tagen nichts Anormales, aber nach dem Genuss stark zuckerhaltiger Speisen findet man Spuren von Zucker im Harn. Eine einmonatliche antidiabetische Cur bessert das Befinden des Pat., nur wird derselbe von grossem Durste geplagt. Sein Gewicht sinkt auf 150 Pfund, im August auf 143.

Pat. reist wiederum nach Moskau, wo man eine kleine Affection der Lungen constatiert und ihm Creosot verschreibt. Im Sept. und Oct. treten Erbrechen und Durchfall auf, im übrigen schreitet das Leiden, trotz guten Appetits, weiter. Der Durst wird stärker. Während 5 Tage im November lebt der Kranke nur von ungeheuren Quantitäten Milch, worauf der Durchfall aufhört. Später lässt der Durst auch nach, Pat. trinkt nur sechs Gläser Flüssigkeit pro Tag.

Am 23. December sehe ich zum ersten Male den Kranken, der zum Skelett abgemagert ist. Die Untersuchung ergiebt in der Gegend des Scheitelbeins einen Tumor von der Grösse einer starken Nuss und eine fluctuierende Geschwulst an der Tibia. Systolisches Geräusch über der Tricuspidalis, Verstärkung des zweiten Pulmonaltones. Puls 84—90, klein. Temporalarterie ist geschlängelt und fühlt sich hart an. Die Lungen geben hellen Schall. Abgeschwächtes Vesiculäratmen, verlängertes Exspirium. Im Anfang der Inspiration hört man knisternde Geräusche. Bauch eingezogen, nicht schmerzhaft. Linker Leberlappen etwas empfindlich. Im Epigastrium, auf der Medianlinie am Ende des oberen Drittels, fühlt man einen schmerzlosen, elastischen, runden, glatten Tumor, welcher sich bei jedem Pulsschlag hebt. Nieren haben normalen Sitz. Ascites. Die oberflächlichen Lymphdrüsen sind nicht geschwollen. Temperatur in der Achselhöhle 36,8°. Urin hellgelb, kein Eiweiss, aber Zucker enthaltend.

Pat. hatte 17 Geschwister, von welchen noch fünf leben und gesund sind. Zwei Schwestern starben an Phthise im Alter von 30 Jahren, eine an einem Herzfehler und zwei an Masern und Scharlach. Pat. hatte drei Kinder, von welchen eins noch lebt.

Der Kranke giebt zu, im Jahre 1856 ein Geschwür am Penis gehabt zu haben, Folgeerscheinungen streitet er ab. Mit 20 Jahren hatte er Hodenentzündung und Bubonen.

Im Jahre 1860 wurde er bei Sebastopol am rechten Arme verwundet und machte darauf eine fieberhafte Krankheit durch.

1872 hatte er in der Gegend des rechten Trochanter major einen Abscess und daran anschliessend eine Fistel in der Nachbarschaft des Scrotums. 1878 traf ihn ein Schlaganfall, verbunden mit Aphasie, welche aber in 8 Tagen wieder verschwand. Endlich litt er in dem blessirten Arme seit 2 Jahren an Rheumatismus.

Meine Diagnose lautete: Tumor in der Gegend des Pancreas, Diabetes pancreaticus. Tricuspidalinsufficienz, Lungenemphysem, Syphilis.

Therapie: Diät, Jodpräparate, Quecksilber.

Daraufhin allgemeine Besserung. Zucker verschwand vollständig, ebenso der Tumor. Im April constatierte ich eine typische gummöse Geschwulst am linken Olecranon. Auch diese verschwand unter der specifischen Behandlung.

Fall XVIII.

(Nach Dr. Colleville.)

D., 41 Jahre alt, hatte mit 11 Jahren die Gelbsucht. Als Soldat im Jahre 1871 lag er 5 Wochen an Gelenkrheumatismus nieder. 1872 acquirierte er einen harten Schanker mit Folgeerscheinungen. Zwei Monate später unterzog er sich einer antisyphilitischen Cur, welche alle Erscheinungen beseitigte. 1885 traten infolge einer Erkältung Kopfschmerzen und Erbrechen auf. Daran schloss sich Fieber mit vorhergehenden Schüttelfrösten, verbunden mit Schweissausbruch und leichtem Icterus. Die Erscheinungen traten anfallsweise auf und dauerten jedesmal $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Stunde. Während des Anfalls zeigte der Urin eine intensiv rote Farbe. Solche Zustände traten drei Jahre lang nach jeder kleinen Erkältung auf und schwanden erst durch entsprechende Behandlung.

Im März 1889 wurde Pat. plötzlich von heftigen Kopfschmerzen befallen, welche nachts stärker wurden. Im Juni liessen dieselben nach. Hierauf vermehrt sich das Durstgefühl des Kranken und der Arzt constatiert Zucker im Harn. Durch Behandlung mit Jodpräparaten vermindert sich die Zuckerausscheidung und die tägliche Menge des Urins, aber der Durst lässt nicht nach.

Am 19. Mai begiebt er sich in die Behandlung des Dr. Colleville. Im April, erzählt Pat., sei er, von Schwindel ergriffen, zu Boden gestürzt, ohne jedoch die Besinnung zu verlieren. Darauf habe er sich zu Bett gelegt, weil das Schwindelgefühl andauerte.

Bei der Untersuchung zeigte sich an den inneren Organen nichts Anormales. Pat. hat starken Durst, lässt täglich ungefähr 6 Liter klaren und geruchlosen Urin, welcher sauer reagiert, keinen Zucker und kein Eiweiss enthält. Harnstoffmenge subnormal. Auscultation des Herzens ergiebt ein bruit de galop. Musculatur schwach entwickelt, Sensibilität normal.

Fall XIX.

(Nach Feinberg.)

Pat. A. S., 27 Jahre alt, trat am 3. XI. 87 in das städtische Hospital zu Kowno ein. Von seinen Eltern berichtet er, dass sein Vater sich „verhob", seine Mutter an Schmerzen in den Beinen litt. Ein Bruder erfreut sich blühender Gesundheit. Mit 3 Jahren hat Pat. angeblich die Masern gehabt, 11 Jahre alt fiel er von einem Baume, ein anderes Mal vom Pferde herunter. Nach dem letzten Falle wurde er bewusstlos. 1881 trat er beim Militär ein, 1883 hat er Typhus abd. überstanden. Im Herbst 1885, vier Wochen post coitum bemerkte er an der Glans penis ein Ulcus, welches von selbst heilte. 1887 wurde Pat. dick, das Gesicht zeigte eine dunkelrote Farbe, so dass es Bekannten auffiel. Ende Mai oder anfang Juni traten Polyurie, starker Durst auf, welchen sich Trockenheit des Mundes, Magerkeit und Schwäche zugesellten.

Status praesens: Gesicht aufgedunsen, grellrot, Conjunctiven injiciert, rechte Pupille kleiner als linke, Accommodation nicht gestört. Haut trocken, Panniculus spärlich. Kopfweh fehlt, wurde überhaupt nie bemerkt. Pat. klagt über unstillbaren Durst, muss häufig Harn lassen. Ferner klagt er über Rückenschmerz, welcher anfallsweise mit unerträglicher Heftigkeit auftritt. Untersuchung ergiebt erhöhte Sensibilität des letzten Halswirbels und des 12. Brustwirbels. Sensibilität und Reflexe der oberen Extremitäten erhöht, der unteren normal. In beiden Parästhesieen. Lungen, Herz gesund, Puls nur 42 in der Min. Leber, Milz bedeutend vergrössert. Harn reagiert sauer, hat spec. Gew. 1030, einen Zuckergehalt von etwa 10 %, die tägliche Quantität schwankt zwischen 20 und 30 Pfund. Farbe durchsichtig gelb. Leistendrüsen geschwollen, indolent, ebenso Hals- und Cubitaldrüsen.

Therapie: Antidiabetische Diät erfolglos. 23. Nov. Einspritzungen von Hydrarg. formamydat. in 1 proc. Lösung.

28. Nov. Durst und Harnmenge geringer.

7. Dec. Diabetes nimmt zusehends ab.

23. Dec. Puls 84, Harnmenge 8—10 Pfd. Zucker ca. 3 %, spec. Gew. 1026.

23. Febr. Pat. wird ungeduldig und verlässt das Krankenhaus. Die nervösen Symptome meist verschwunden, Zuckerharnruhr geringer, aber nicht völlig gewichen.

Fall XX.

(Nach Feinberg.)

Herr R., zur Zeit der Erkrankung Student, jetzt Arzt, inficierte sich im Sept. 1877 in seinem 19. Lebensjahre. Er bekam ein Ulcus durum, das nach 14 Tagen heilte, nur eine ganz kleine Verhärtung und allgemeine Polyadenitis zurücklassend. Im Jahre 1880 traten Verdauungsstörungen auf, welche, begleitet von Nervosität, Impotenz und Abmagerung, bis 1882 dauerten. Alle Mittel waren erfolglos, etwas Besserung trat nur nach einem Seebade ein.

Im Juli 1886 zeigte sich erhöhter Durst, fortschreitende Abmagerung und Schwäche. Urin wurde oft und reichlich gelassen. Bald darauf fand sich Zucker im Harn. Durch Diät und Milchgebrauch verringerte sich die Quantität des Urins. Sie schwankte zwischen 2120 und 1730 ccm. Spec. Gew. 1036—1034, Zuckergehalt 1,6 %. Als die Milch fortgelassen wurde, verschwand der Zucker, das spec. Gew. blieb jedoch hoch.

Am 17. März 1887 nahm Pat. Eis und ein Glas Champagner zu sich, fand dafür abends 4 % Zucker in seinem Harn. Am 18. März stellten sich Benommenheit und Krämpfe in den unteren Extremitäten ein, welche acht Minuten dauerten. Eine Woche später erfolgte, während Pat. nur an neuralgischen Schmerzen der linken Schläfe litt, ein epileptischer Anfall, welcher sich zuerst auf das linke Bein erstreckte, dann aber auf den linken Arm und die rechte Körperhälfte überging. Die Besinnung verschwand. Nachher folgten noch 4 Anfälle, bei welchen Pat. jedoch nur benommen war.

Therapie: Frictionen und innerlich Jodkali. Darauf Sinken des spec. Gew. und des Zuckergehaltes. Obgleich sich Pat. verschiedene Abweichungen von der Diät erlaubte, erschien kein Zucker mehr im Harn. Er machte später noch einige Male Einreibungen und fühlt sich jetzt vollkommen gesund.

Fall XXI.

(Nach Feinberg.)

Frl. N., 28 Jahre alt. Menses, oft unregelmässig, seit 16 Jahren. Pat. litt häufig an Migräne und anderen nervösen Affectionen. Sie lebte mit einem trunksüchtigen, ausschweifenden Manne zusammen. Letzterer war nachgewiesen syphilitisch, liess sich aber nicht behandeln.

Im Mai 1889 constatierte ich bei der Pat. Plaques muqueuses auf der Innenfläche der Lippen und geschwollene Lymphdrüsen am Halse.

Therapie: Hydrargyr. jod. Zwei Jahre später bekam Pat. auf die Nachricht vom Tode ihres Freundes hin hysterische Anfälle. Einige Zeit darauf magerte sie ab, litt an Kopfschmerz, Schwindel und Schlaflosigkeit. Herz, Lungen, innere Organe gesund.

Zwei Monate später bot der Zustand der Pat. das Bild einer ausgesprochenen Bulbärparalyse. Dazu reichlicher Harn, mit dem spec. Gew. 1030 und dem Zuckergehalt 2%. Auf eine energische antisyphilitische Behandlung verschwand die Bulbärparalyse, Durst, Harnmenge wurden geringer. Das spec. Gew. des Urins betrug 1018. Von Zucker waren nur noch kleine Spuren nachzuweisen.

Fall XXII.

(Nach Feinberg.)

P. R., 31 Jahre alt, stellte sich vor am 22. August 1887. Ihr Vater ist krank, die Mutter litt an Herzklopfen. Von 14 Geschwistern sind nur zwei am Leben. Todesursache unbekannt. In der Jugend war Pat. stets gesund. Vor 12 Jahren bemerkte

sie einen roten Fleck an der linken Körperseite, welcher grösser wurde und ulcerierte. Vier Jahre lang litt Pat. an diesen Geschwüren, welche schliesslich unter Pflasterbehandlung heilten. In dieser Zeit gebar sie vier Kinder, von denen eins an Darmentzündung, zwei an Masern starben. Nachdem die Geschwüre verschwunden, gebar sie wiederum ein Kind, welches noch lebt. Ob ihr Mann syphilitisch gewesen, weiss sie nicht anzugeben. Seit 1886 leidet sie an Kopfschmerzen, welche nachts stärker werden. Im März 1887 trat stärkeres Durstgefühl, im April Schwäche der Sehkraft, im Mai Schwäche im linken Arme und Beine auf.

Status praesens: Haut gelblich, Panniculus spärlich, Musculatur schwach entwickelt, der linke Mundwinkel steht tiefer als der rechte. Gaumen, Zunge normal. Pat. sieht schlecht, rechte Pupille ist erweitert. Accommodation beschränkt, hochgradige linksseitige Hemianopsie. Hemiparese der linken Körperhälfte. Gang unsicher. Sensibilität erhalten. Hautreflexe normal, Sehnenreflexe links erhöht. Kopfschmerz wird nicht mehr verspürt. Deprimierter Gemütszustand. Harnmenge 18—20 Pfund, spec. Gewicht 1015. Zuckergehalt $^1/_2$% Strahlenförmige Narben auf der linken Körperhälfte. Leistendrüsen geschwollen. Innere Organe gesund.

Antisyphilitische Therapie wird nicht vertragen. Das Leiden macht Fortschritte. Pat. verlässt das Krankenhaus aus Verzweiflung über die Nutzlosigkeit der Behandlung und aus Furcht vor Autopsie.

Fall XXIII.

(Nach Fisher.)

Handlungsreisender, 40 Jahre alt, Syphilis nachgewiesen. Zwei Jahre nach dem Beginn dieses Leidens traten Kopfschmerzen auf und er wurde darauf wegen Verdauungsbeschwerden behandelt. Später kam er nach New-York. Hier fand man Zucker in seinem Harn und erkannte die Art seiner Erkrankung. Diät und Tonica vermochten den Zuckergehalt nicht herabzusetzen, dies gelang erst durch antisyphilitische Behandlung.

Fall XXIV.

(Nach Fisher.)

Der Kranke ist 46 Jahr alt, zeigt die tertiären Erscheinungen der Syphilis. Grosse Mengen Zucker im Harn.

Therapie: Diät und Blanchardsche Pillen abwechselnd mit Jodpräparaten. Aber nur unter dem Einfluss des letzten Mittels wurde der Zuckergehalt merklich vermindert.

Fall XXV.

(Nach Dr. Ozenne.)

Es handelt sich um einen Mann von 42 Jahren, seit längerer Zeit an Gelenkaffectionen leidend. Er zeigte plötzlich Symptome von Gehirnsyphilis (Strabismus, Diplopie u. s. w.). Zu gleicher Zeit Nachweis von Zucker im Harn.

Therapie: Jodpräparate und Quecksilber, da die Krankheits-

erscheinungen mehr der Syphilis als der Glycosurie zugeschrieben werden mussten. Schnelle Besserung; nach zwei Monaten nur noch ein gewisser Grad von Strabismus vorhanden.

Sechs Monate später trat wieder Zucker im Harn auf, daraufhin nur antidiabetische Behandluug; die Erscheinungen werden zwar geringer, weichen aber erst vollständig dem erneuten Gebrauch von Jod und Quecksilber.

Der nächste Fall wurde in der psychiatrischen Klinik vorgestellt und mir zur Bearbeitung überwiesen.

Fall XXVI.

Frau F., geb. 1861., Tischlerswitwe. Eltern innerhalb acht Tagen (vielleicht an Cholera) gestorben. Der Ehemann starb angeblich an Phthise. Drei Geschwister sind gesund. In der Familie wurden bisher keine Nervenkrankheiten und kein Diabetes beobachtet.

Mit 15 Jahren lag Pat. dreizehn Wochen am Typhus darnieder, mit 16 Jahren gebar sie ein ausgetragenes Kind, welches drei Wochen nach der Geburt starb. Im Jahre 1889 heiratete sie, liess sich bald darauf wegen Ohrenflusses behandeln, welcher nach Operation verschwand. Vier Jahre später bemerkte Patientin einen roten Ausschlag auf ihrer Stirn, ferner Drüsenschwellung an der linken Halsseite. Auch die Gelbsucht will Pat. in diesem Jahre gehabt haben; ferner litt sie an Kopfschmerzen und Abnahme des Gedächtnisses, verlor öfter plötzlich das Bewusstsein. Solche Anfälle dauerten 10 Minuten. Syphilitische Infection wird abgestritten, doch glaubt Pat., dass ihr Mann geschlechtskrank gewesen sei, denn sie habe bemerkt, wie er sich heimlich mit einer grossen (Pravazschen) Spritze Einspritzungen machte. Seit September 1893 spürt Pat. grösseres Hunger- und Durstgefühl und muss grosse Mengen Urin lassen. Sie giebt bestimmt an, dass diese Erscheinungen wenigstens ein halbes Jahr später als der rote Ausschlag von ihr bemerkt worden seien.

Am 3. März 1894 begab sich Pat. zum ersten Mal in Behandlung.

Status: Auf der Stirn und dem linken Scheitelbein befinden sich weisse, strahlige Narben, welche mit dem Knochen in Verbindung stehen. Die Leistendrüsen beiderseits perlschnurartig geschwollen. Urinträufeln. Pupillen:

rechts grösser als links. Rechts sieht Pat. schlechter als links. Die Zunge weicht nach links ab. Herzspitzenstoss schwach, kurzes systolisches Geräusch an der Spitze, dumpfe Töne über der Pulmonalis und den übrigen Klappen. Keine Anästhesieen, nur Parästhesieen in der linken Hand. Gang schwankend, Pseudopatellarreflex bei Nadelstichen und Beklopfen.

Im Urin ist Zucker und vorübergehend Eiweiss nachweisbar. Der Zuckergehalt schwankt vom 18. III. bis 30. IV. zwischen 4,04 % und 0,89 %. Letzterer Procentgehalt wurde zum Schluss durch strenge Diät erzielt. Die Urinmengen schwankten zwischen 11500 und 3700 ccm, das spec. Gew. zwischen 1030 und 1017.

Am 1. Mai wird Pat. entlassen, meldet sich am 27. Juni aber wieder zur Aufnahme.

Hochgradig abgemagert, klagt sie besonders über Schwäche im Denken. Sie ist verwirrt, steht nachts auf, ohne nachher davon zu wissen. Die Zunge weicht nicht mehr nach links ab, fühlt sich trocken an. Kopfpercussion ist schmerzhaft, 6. und 7. Brustwirbel empfindlich. Kniephänomen nicht sicher nachweisbar. Deutliche Hyperalgesie an den unteren und oberen Extremitäten und am Rumpfe. Temperatursinn, Muskelsinn normal. Achillessehnenreflex nicht zu erzielen, Sehnenreflexe der oberen Extremitäten erhalten. Abdominalreflex sehr deutlich. Grobe Kraft beiderseits gut. Pat. geht breitbeinig, setzt die Hacken zuerst auf.

Der Zuckergehalt des Urins beträgt 8,75 %, das spec. Gew. 1030.

13. Juli	4500 ccm	Harn,	spec.	Gew.	1037	Zucker	6,36.	(Antidiabet.
14.	- 7800	-	-	-	1026	-	2,64.	Diät.)
15.	- 6300	-	-	-	1022	-	2,26.	-
19.	- 5600	-	-	-	1030	-	4,90.	-
20.	- 4700	-	-	-	1027	-	3,01.	-
21. Juli	Beginn der Schmiercur.							
22. Juli	5000 ccm	Harn,	spec.	Gew.	1022	Zucker	2,26.	(Antidiabet.
24.	- 5000	-	-	-	1024	-	2,18.	Diät.)
28.	- 5000	-	-	-	1023	-	4,52.	-
29.	- 4500	-	-	-	1020	-	3,01.	-

2. August: Beiderseits deutliches Kniephänomen. Reflectorische Pupillenstarre.

Am 27. Dec. giebt Pat. an, dass sie gestern plötz-

lich die Sprache verloren habe, vorher habe sie ein Kriebeln in der Hand gefühlt, die Finger hätten sich zusammengezogen. Nach einer halben Stunde sei allmählich Besserung eingetreten. Pat. macht einen veränderten Eindruck spricht langsam, mühsam nach den Worten suchend, kann keinen vorgehaltenen Gegenstand benennen. Lähmungen und Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden.

Vom 31. Dec. an hat Pat. fast täglich mehrere Anfälle, anfangs ohne Zuckungen. Vom 5. Jan. ab werden Zuckungen in der Musculatur der rechten Gesichtshälfte und der rechten Schulter beobachtet. Das Bewusstsein schwindet stets während des Anfalles und die Zunge weist Bisswunden auf.

Der Urin zeigt Acetonreaction und durchschnittlich 8 % Zuckergehalt, welcher am 7. Januar auf 5,4 %, am 10. Jan. auf 4,34 % fällt. Am 14. ist das Kniephänomen, welches in der Zeit der schweren Anfälle verschwunden war, wieder undeutlich nachzuweisen. Der Zuckergehalt beträgt 3 % und sinkt mit kleinen Schwankungen bis zum 6. III. auf 1,4 %. Am 25. I. leichte Temperatursteigerung, schleimig-eitriger Auswurf. Über der rechten Lungenspitze bis zur zweiten Rippe deutliche Schallverkürzung, Exspirium hat bronchialen Beiklang. Therapie: Tct. Chinae compos. Keine Lähmung, keine Aphasie, keine Sensibilitätsstörungen. Allmählicher Kräfteverfall, Somnolenz.

Am 7. März Exitus letalis im Coma diabeticum.

Sectionsbefund: Narben an der Stirn, an der Zunge und am Unterleib.

Pia trübe, leicht ohne Substanzverlust abziehbar. Gefässe an der Basis zartwandig, Nerven weiss. Vierter Ventrikel im hinteren Abschnitt deutlich granuliert. Ventrikel nicht erweitert. Auf Frontalschnitten nirgendwo Herderkrankung nachweisbar. Makroskopisch normale Verhältnisse, ebenso am Rückenmark. Zupfpräparate der grossen peripheren Nervenstämme zeigen nichts Anormales.

Empyema dextr. Pleuritis tuberc. dextr. Bronchitis purul. Pneumon. gangr. ulcer. pulm. dextr. Lymphangitis purul. diaphragmatis lat. dextri. Peritonitis fibrino-purul. Atrophia fusca myocardii. Perimetritis et Perisalpingitis

et Paroophoritis adhaesiva. Atrophia pancreat. permagna. Pancreatitis indurativa. Peripancreatitis adhaesiva.

Ausserdem sind noch ähnliche Fälle angeführt bei Dr. Seegen 1893 S. 126, Frerichs 1884 S. 193 in Virchows Archiv No. 29, Govers „Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten“ und Langs „Vorlesungen über Syphilis“.

Der kritischen Beleuchtung des Materials mögen einige allgemeine Bemerkungen vorangehen.

Durch den berühmten Versuch Claude Bernards im Jahre 1849 wurde das Dunkel, welches die Ätiologie des schon seit Celsus (lib. IV cap. XX.) bekannten Diabetes mellitus umhüllte, etwas gelichtet.

Ein Lichtstrahl beleuchtet, wenn auch spärlich, den Pfad, auf welchem die Forschung allmählich zu völliger Klarheit vordringen kann. Aus dem Reiche der Hypothesen sind wir jedoch noch nicht hinausgekommen, denn trotz des Fingerzeigs, welchen uns die Piqûre gab, herrschen noch die widersprechendsten Ansichten über Ätiologie und Wesen der Zuckerharnruhr.

Die einen verlangen eine diabetische Disposition, die andern suchen den Grund in der Erkrankung des Pancreas, wiederum andere nehmen einen neurogenen Ursprung an, ja sogar auf die Möglichkeit der Existenz eines specifischen Krankheitserregers ist hingedeutet worden.

Unmöglich kann man jetzt schon zu Gunsten einer Ansicht alle andern verwerfen, wie es manche Autoren thun, aber gerade die neurogene Entstehung des Diabetes findet eifrige Verteidiger in Männern wie Frerichs, Senator, Mosler, Seegen.

Der berühmte Pathologe des Diabetes, Frerichs, fand bei vielen Sectionen von Diabetikern pathologische Veränderungen im verlängerten Marke, welche sich hauptsächlich auf die Gefässe erstreckten. Er lässt den Diabetes auf organischen Hirnkrankheiten verschiedener Natur beruhen, welche vorzugsweise ihren Sitz haben im verlängerten Mark und im Kleinhirn, seltener im Grosshirn oder Rückenmark.

Senator hält „einen Zusammenhang des Diabetes mit Krankheiten des Nervensystems für unverkennbar“ und bezeichnet eine Klasse von Fällen mit Bestimmtheit als primär vom Nervensystem ausgehend und zwar die

Fälle von Diabetes, „welche nach traumatischen oder anderweitigen Verletzungen des verlängerten Marks aufgetreten sind, oder bei welchen die Section Veränderungen im Bereich derjenigen Nervenbahnen, deren Zusammenhang mit der Melliturie sicher nachgewiesen ist, ergeben hat".

Auch Mosler findet durch die physiologischen Experimente die neuropathische Entstehung der verschiedenen Formen der Harnruhr erklärt.

Seegen sah in einer grossen Anzahl der von ihm beobachteten Fälle dem Diabetes eine Erkrankung des Centralnervensystems vorangehen und hält „die Gehirnkrankheiten für das wichtigste ätiologische Moment beim Diabetes".

In der That, warum sollte nicht, wenn doch ein Stich in die Gegend des Bodens der Rautengrube unmittelbar oberhalb der Ursprungsstelle der Nervi vagi (Bernard) oder die Durchschneidung der Sehhügel und der grossen Hirnschenkel, die Verletzung der Varolsbrücke, der mittleren und hinteren Kleinhirnschenkel (Schiff) Diabetes erzeugt, nicht auch irgend ein anderer in diesen Gegenden befindlicher Reiz, der in hyperplastischen oder entzündlichen Vorgängen bestehen kann, Diabetes hervorbringen!

Nun ist es aber gerade die Syphilis, welche solche Veränderungen, seien es degenerative Processe, Gefässveränderungen oder Neubildungen im Centralnervensystem hervorzurufen die Neigung hat, und es muss jeden wundern, dass diese Erwägungen nicht schon viel früher und häufiger dazu führten, die Syphilis als eine Ursache des Diabetes zu beschuldigen.

Der theoretische Beweis wäre also erbracht, aber auch die Praxis stellt sich uns hülfreich als Beweismittel zur Verfügung, wie die angeführten Krankheitsbilder zeigen.

Die Casuistik umfasst zwar verhältnismässig erst wenige Fälle. Nur 26 etwas genauer beschriebene vermag ich aufzuzählen. Dieser Umstand ist wohl dadurch zu erklären, dass bei bestehendem Diabetes nicht regelmässig nach vorangegangener Lues geforscht wird, was an und für sich schon, besonders bei Patienten der besseren Stände, die doch viele Diabetiker stellen, eine undankbare Aufgabe ist. Deshalb sind es auch gerade

nur hervorragende Kenner der Zuckerharnruhr, welche die Ätiologie und damit die Therapie des Diabetes in der von uns beschriebenen Weise erweiterten.

Unter den französischen Schriftstellern ist besonders Lecorché zu erwähnen. Er sagt: „On ne saurait pas plus contester l'existence du diabète syphilitique que celle du diabète goutteux", noch weiter geht Jullien, indem er behauptet: „Il n'est guère permis de contester aujourd'hui l'existence d'une glycosurie syphilitique, précoce, essentielle, c'est à dire indépendante de lésions nerveuses, qui à une période avancée de l'affection, peuvent amener secondairement le sucre dans les urines." Er denkt also an eine directe Wirkung, sogenannte chemische Wirkung des syphilitischen Giftes, während die meisten Autoren den Diabetes durch den Reiz der syphilitischen Veränderungen an den klassischen Stellen entstehen lassen. Hier sei darauf aufmerksam gemacht, dass die Syphilis drittens auch noch durch Affection des Pancreas zum Diabetes führen könnte. Wir halten aber nur die zweite Ansicht für völlig einwandsfrei und gehen deshalb bei unseren Betrachtungen stets von Gehirnsyphilis aus.

Schmitz fand unter 2500 Diabetikern zwölf, Frerichs unter 400 sieben mit syphilitischen Erkrankungsformen des Gehirns. Letzterer ist der Meinung, dass Syphilis zuweilen zum Diabetes führen kann, wenn luetische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute sich entwickeln. Ebenso sagt Bäumler (Ziemssen, spec. Path. u. Ther., Bd. III S. 209): „Auch seltener auf das Nervensystem zurückzuführende Symptomencomplexe, wie Diabetes oder Polyurie, können durch Syphilis bedingt sein". Dr. Seegen (Diab. mell. 1893) giebt zu, dass Lues, wenn auch seltener, veranlassendes Moment für das Entstehen des Diabetes sein könne. Scheinmann und Schulte vertreten in ihren Dissertationen eine ähnliche Ansicht. Einen überaus wichtigen Fall veröffentlichte Dr. Decker (Bremen). Er sucht den Grund der Glycosurie in einer syphilitischen Gefässerkrankung am Boden des 4. Ventrikels. Feinberg trat im Jahre 1892 mit vier Fällen auf, welche ebenfalls keinen Zweifel lassen, dass der bestehende Diabetes durch syphilitische Gehirnerkrankung bedingt war.

Trotz alledem kann Cantani keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Affectionen finden. Er streitet in den „klinischen Vorträgen“ jedes Causalitätsverhältnis ab und sagt: „Die Syphilis scheint in keinem unserer Fälle den Ausbruch der Krankheit veranlasst zu haben. Bisweilen war sie vorausgegangen, doch gewöhnlich schon geheilt; in anderen Fällen verschwand sie gleich nach dem Auftreten des Diabetes. Andernteils haben wir so viele Fälle von Hirn- und Lebersyphilis beobachtet, wo kein Diabetes vorhanden war, dass wir nicht an eine Beziehung zwischen diesen beiden Krankheiten glauben können.“

Diesen Ausführungen treten jedoch als unantastbare Beweismittel die aus den angeführten Krankengeschichten sich notwendigerweise ergebenden Schlüsse entgegen.

Einige der Fälle sind zwar weniger, andere gar nicht zum directen Beweise zu gebrauchen, aber aus den sorgsam beobachteten und genau beschriebenen Fällen No. 1, 14, 15, 16 und 20 geht doch zur Genüge hervor, dass die Existenz eines auf syphilitischer Grundlage basierenden Diabetes mellitus nicht zu leugnen ist.

In manchen der zusammengestellten Fälle sind leider nur unbestimmte Mitteilungen über Heredität, Zeit der Erkrankung und Therapie gemacht. Was die zuweilen constatierte Erfolglosigkeit einer antiluetischen Behandlung angeht, so betont Dr. Decker, „dass ein Diabetes sehr wohl durch Lues erzeugt sein kann, obwohl er einer antiluetischen Cur nicht weicht, wenn eben die pathologischen Veränderungen zu weit vorgeschritten sind“.

Zu den nicht ganz beweiskräftigen Fällen gehört No. 2, wo die Angabe fehlt, ob Patient erblich belastet und nicht auch nebenbei antidiabetische Diät verordnet war. Ferner No. 3, in welchem Heredität nachgewiesen ist und über die Reihenfolge der beiden Erkrankungen nichts Bestimmtes geäussert wird. Die unzweifelhaft eingehaltene Diät und das zum Tode führende Recidiv vermindern ebenfalls die Brauchbarkeit zum Beweise. Fall 4 zeigt uns keinen Nutzen der antiluetischen Behandlung. In Fall 5 ist trotz stattgehabter Obduction der Nachweis, dass Lues vorhanden, nicht sicher erbracht, die Verschlimmerung des Zustandes durch die

specifische Therapie macht stutzig. No. 6 ist auch nicht beweiskräftig, denn wenn nach den Anzeichen auch Gehirnsyphilis angenommen werden kann, so ist der bei dem dazu fettleibigen Patienten spät auftretende Diabetes doch nicht sicher in Zusammenhang damit zu bringen. Die Therapie hat zwar Erfolg, über Ausschluss der Diät ist jedoch nichts berichtet. No. 7 führt uns wieder einen erblich belasteten Patienten vor, auch ist Diät (Kleberbrod) angewandt. Bei den Patienten in No. 8 und 9 ist zwar durch Anamnese und Gehirnerscheinungen Syphilis sicher nachgewiesen, jedoch wird bei antisyphilitischer Behandlung keine Besserung erzielt. In den Fällen 10 und 11 ist ein Zusammenhang der Lues mit dem Diabetes wohl anzunehmen, doch wollen wir diese Fälle nicht besonders hervorheben, weil eine antiluetische Behandlung nicht versucht wurde. Bemerkenswert ist, dass Frerichs in seinem Buche über den Diabetes mellitus die letzten zwei Fälle, sowie No. 4 als Beispiele eines Diabetes mellitus syphiliticus anführt. No. 12 lässt Angaben über Heredität, Diät, Dauer der Heilung vermissen. In No. 13 würde die geistige Überanstrengung ein weiteres ätiologisches Moment darstellen. Auch war strenge Diät verordnet. Fall 17 spricht wenig für unsere Ansicht; zwar könnte, da Syphilis nachgewiesen, der Schlaganfall für syphilitische Veränderungen im Gehirn sprechen. Im Falle No. 18 ist über erbliche Belastung nichts angegeben, ferner wird Diät vorgeschrieben gewesen sein. Der Diabetes mellitus schwindet auf spec. Behandlung, Diab. insipidus bleibt zurück. Dasselbe sehen wir im Fall No. 1. Streng genommen nicht hierhin gehörend ist der Fall 19. Es deuten nämlich keinerlei Symptome auf Hirnlues hin, sondern es ist eine syphilitische Erkrankung des Rückenmarkes anzunehmen. Aus diesem Grunde spielt auch das in der Jugend erlittene Trauma keine Rolle in der Ätiologie. Der Diabetes schwindet auf antiluetische Behandlung, während von der Diät kein Erfolg gesehen wurde. In No. 21 spricht die präcise Heilung der Hirnsymptome und der Nachlass der Glycosurie wohl sehr für das Vorhandensein eines syphilitischen Diabetes, aber, um gewissenhaft zu sein, können wir uns letztere auch durch die grosse Gemütsaufregung, besonders da Patientin seit früher Jugend

nervenleidend, erklären. Die Beweiskraft des Falles No. 22 leidet ebenfalls bei strenger Beurteilung. Für vorangegangene Syphilis sprechen das Exanthem, die Narben an der linken Körperhälfte, ferner die Erscheinungen von Seiten des Nervus facialis und opticus, die nachts stärker werdenden Kopfschmerzen und die geschwollenen Leistendrüsen. Die normalen Geburten erregen jedoch Bedenken. Es ist in diesem Falle zu bedauern, dass die antisyphilitische Cur nicht consequent durchgeführt werden konnte. Fall 23 dürfte als ausschlaggebend angeführt werden, wenn erbliche Belastung und andere ätiologische Momente ausgeschlossen werden könnten. Dasselbe ist von No. 24 zu sagen. Die ungenauen Angaben in No. 25 verbieten uns auch, ihn zum directen Beweise heranzuziehen. Zwar schwinden die diabetischen Erscheinungen fast ganz auf antisyphilitische Behandlung hin, aber die Gelenkaffectionen lassen uns doch einen Zusammenhang mit der Gicht, die auch nach Frerichs und Seegen in der Ätiologie des Diabetes eine Rolle spielt, möglich erscheinen.

Von einem absolut beweiskräftigen Falle ist eben zu verlangen, dass die Anamnese keine anderen ätiologischen Momente aufdeckt und dass der Diabetes nachweislich zeitlich der syphilitischen Erkrankung folgt.

Fälle in diesem Sinne sind nun zunächst No. 1. Hier wird der Diabetes mell. durch Jodkali in kurzer Zeit vollständig geheilt. Gehirnsyphilis war durch die Symptome vollständig nachgewiesen. Es tritt auch kein Recidiv ein, trotzdem die Patientin nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause wohl wenig auf Diät Rücksicht genommen haben wird. Im Falle No. 14 sehen wir Diabetes mellitus bei dem 7jährigen Kinde einer nachgewiesen luetischen Mutter. Ausschlag, Vergrösserung der Leber, infiltrierte Lymphdrüsen sprechen für hereditäre Syphilis. Dass der Diabetes mit dieser Affection zusammenhängt, geht erstens aus dem Vorkommen bei einem so jugendlichen Individuum hervor, denn Frerichs sah im Alter zwischen einem und zehn Jahren nur bei fünf von 400 Kranken Diabetes auftreten, zweitens aber aus dem Erfolg der antisyphilitischen Behandlung. Diät brachte keinen Nutzen. No. 15 zeigt uns wiederum den herrlichsten Erfolg der antiluetischen Behandlung. Pat.

ist sonst gesund gewesen, höchstens die Fettleibigkeit ist bedenklich, erklärt sich aber aus den angeführten Umständen. Gehirnsyphilis ist durch die Sprachstörungen erwiesen. Diät blieb erfolglos. Sehr bemerkenswert ist der Fall No. 16, welcher von Dr. Decker genau beobachtet und beschrieben wurde. Hier ist gegen die syphilitische Natur des Diabetes gar kein Zweifel mehr zu erheben. Der Patient, selbst nie krank gewesen, stammt von gesunden Eltern, inficiert sich wahrscheinlich Anfang Sommer. Die ersten Erscheinungen der constitutionellen Lues stellen sich Anfang August ein. Im October beginnt das Augenleiden. Anfang Januar des nächsten Jahres bemerkt er die ersten Symptome der Zuckerharnruhr. Diese trat also nach der Infection auf, verschwindet, ohne dass Beschränkung in der Diät verordnet war, auf antiluetische Behandlung hin. Wichtig ist auch noch der Fall No. 20, über welchen der Autor selbst sagt: „In diesem Falle glauben wir die Diagnose Diabetes infolge luetischer Infection mit grösster Bestimmtheit stellen zu können und zwar auf Grund constatierter luetischer Infection, hartnäckiger Polyadenitis, Epilepsie, Hemiparese und schliesslich durch das Schwinden aller Erscheinungen nach einer streng durchgeführten antisyphilitischen Behandlung".

Bei Betrachtung des von mir beobachteten Falles No. 23 finden wir weitere Stützen für unsere Behauptung.

Patientin stammt aus gesunder Familie, bisher war kein Fall von Nervenkrankheiten oder Diabetes in derselben beobachtet worden. Sie wurde vermutlich Ende 1892 von ihrem Mann, der nach ihrer Meinung geschlechtskrank gewesen sei, inficiert. Für Syphilis sprechen die Narben an der Stirne und am Scheitelbein, die geschwollenen Leistendrüsen. Die Aphasie, die Symptome von Seiten der Augen (verschieden grosse, eckige, starre Pupillen), sowie die epileptischen Anfälle (s. u.) sind bei Syphilis des Centralnervensystems häufig zu beobachtende Erscheinungen. Charakteristisch ist ferner das häufige „Schwanken zwischen schlimmer und besser" (Heubner), was sich hauptsächlich bei den Parästhesieen, dem Schwindelgefühl, der Gedächtnisschwäche und dem wechselnden Verhalten des Kniephänomens

zeigt. Die letztere Erscheinung, sowie die Anzeichen von Ataxie der unteren Extremitäten lassen auf eine Miterkrankung des Rückenmarks schliessen. Jedoch fand Bouchard (Revue de Médecine 1886, Juli) bei 41 von 111 Zuckerkranken Abwesenheit des Kniephänomens.

Im September 1893 traten die ersten diabetischen Erscheinungen auf. Allerdings nützt die antisyphilitische Behandlung in diesem Falle nichts, auf welche Möglichkeit wir aber schon oben hingewiesen haben. Hervorzuheben ist jedoch, dass das Kniephänomen nach der ersten Schmiercur sich wieder zeigte.

Weiterhin spielen in dem Krankheitsverlaufe epileptische Anfälle eine hervorragende Rolle. Dieselben können mit dem Diabetes zusammengebracht werden oder auch der vorangegangenen Syphilis ihr Entstehen zu verdanken haben. Als Folgeerscheinungen des Diabetes sind solche Anfälle bis jetzt selten beschrieben worden (Finder, Diss. inaug., Berlin 1891), wenn auch andere nervöse Affectionen sehr häufig beobachtet werden.

Umgekehrt stehen jedoch Epilepsie und Diabetes in engem Zusammenhang. In vielen Familien, in welchen Diabetes erblich vorkommt, beobachtet man abwechselnd bei einigen Mitgliedern Epilepsie, während andere an Diabetes erkranken.

In unserm Falle können wir auf Grund der genau aufgenommenen Anamnese wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Causalitätsverhältnis der Syphilis mit der Epilepsie annehmen. (Höchstens könnte das durch die Ohroperation gesetzte Trauma irgend einen Einfluss geäussert haben. Aber hier ist doch die Syphilis das Näherliegende.)

Die Anfälle waren erst leichter Natur, nachher stellten sich jedoch zwischen leichten auch typische, schwere Anfälle mit Zungenbiss, Verlust des Bewusstseins und Pupillenstarre ein.

Alle von Heubner (Ziemssen 1876) als für syphilitische Epilepsie charakteristisch geschilderten Begleitzustände, wie Intellienz- und Gedächtnisschwäche, Aphasie, embarras de parole waren zu bemerken. Auch dass diese Krankheitserscheinungen, wenn auch jungen Datums, der antisyphilitischen Behandlung trotzten, ist von ihm oft beobachtet worden.

Zu diesen Affectionen traten noch eine eitrige Pleuritis und Pneumonie hinzu, wie es Frerichs oft beim Coma diabeticum gefunden hat. Der Urin zeigte von Mitte Januar ab Acetonreaction und am 7. März starb Patientin im Coma.

Der Zuckergehalt des Urins verringerte sich in den letzten Wochen, was bekanntlich sehr oft beobachtet wird. Prof. Minkowski nimmt den Grund in einer Abnahme der Zuckerbildung aus den Eiweisssubstanzen oder vielleicht in einer Zersetzung des Zuckers durch pathologische Einflüsse, z. B. Einfluss von pathogenen Organismen, an.

Das Ergebniss der Section erfüllt nicht die Erwartungen, welche wir nach dem Krankheitsverlauf hätten hegen können. Die makroskopische Untersuchung des Gehirns ergab fast nichts Positives. Das Einzige, was wir verwenden könnten, wäre die Granulation des hinteren Abschnittes des vierten Ventrikels, welche auch schon Seegen in einem Falle sah. Die vorausgesetzten Gefässveränderungen sind nicht vorhanden. Doch sagt Heubner: „Der Mangel jeder gröberen anatomischen Läsion bei vorausgegangener schwerer Hirnkrankheit Syphilitischer ist als ein mehrfach beobachtetes Vorkommnis schon von vielen Schriftstellern hervorgehoben worden". Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks steht noch aus.

Zu constatieren wären also in unserm Falle feinste Veränderungen in der Gegend des 4. Ventrikels, des Pons und der Medulla oblongata, wohin Nothnagel auch die anatomischen Veränderungen bei der Epilepsie verlegt, während andere, wie z. B. Binswanger, die Epilepsie „auf dem Boden des syphilitischen Allgemeinleidens ohne bestimmte, für die Syphilis charakteristische, anatomische Veränderungen entstehen lässt, wiederum andere aber, wie Heubner, den Reiz an der Oberfläche der grauen Hirnrinde suchen.

Die Veränderungen am Pancreas dürfen auch nicht übergangen werden, besonders da nach den letzten Untersuchungen von Minkowski und Mering die Erkrankung des Pancreas eine gewisse Bedeutung in der Ätiologie des Diabetes erhalten hat. Nun könnte ja in diesem

Falle die Syphilis durch Affection des Pancreas zum Diabetes geführt haben, jedoch sagt Frerichs hierüber: „Das Pancreas als solches übt keinen Einfluss auf etwaige Zuckerausscheidung durch die Nieren aus; ob Entzündungen dieser Drüse und ihrer Umgebung infolge möglicherweise eintretender Reizung des Plexus coeliacus dazu führen können, bleibt noch unentschieden".

Wir sind also wohl berechtigt, auch in unserm Falle einen durch Gehirnsyphilis bedingten Diabetes mellitus anzunehmen.

Der practische Nutzen, den wir nun aus den angeführten Thatsachen ziehen, lässt sich dahin feststellen, dass bei jedem neben den Symptomen der Gehirnsyphilis auftretenden Diabetes mellitus die antiluetische Behandlung absolut indiciert ist.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Jolly für die gütige Überlassung und Begutachtung der Arbeit, sowie Herrn Oberarzt Dr. Westphal für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

In den Fällen von Diabetes mellitus, in welchen Anzeichen von Gehirnlues vorhanden sind, ist eine antisyphilitische Behandlung indiciert.

II.

Bei Hydrops der Extremitäten ist die Wasserentziehung durch feine Schnitte die beste Behandlung.

III.

Bei Steisslagen ist es zu verwerfen, vor der Geburt des Steisses in den natürlichen Verlauf derselben einzugreifen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Theodor Kerssenboom, katholischer Confession, Sohn des Kaufmanns Friedrich Kerssenboom, wurde geboren am 16. April 1870 zu Köln a. Rh. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Marzellen-Gymnasium zu Köln, welches er Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im April desselben Jahres wurde er bei der medicinischen Facultät der Grossherzoglich badischen Albert-Ludwig-Universität zu Freiburg i. Br. inscribiert. Im October 1890 bezog er die kgl. bayr. Ludwig-Maximilian-Universität zu München, wo er am 11. März 1892 das Tentamen physicum bestand. Vom 1. October 1892 bis 1. April 1893 diente er mit der Waffe bei dem I. kgl. bayr. Feldartillerie-Regiment „Prinzregent Luitpold". Die folgenden Semester verbrachte er an der kgl. preussischen Christian-Albrecht-Universität zu Kiel, welche er im Herbste 1894 verliess, um sich bei der kgl. preussischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatriculieren zu lassen. Hier bestand er am 22. Februar 1895 das Tentamen medicum, am 1. März das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit in Berlin besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten: Gerhardt, Hertwig, Jolly, Klemperer, Lewin, Olshausen, Rubner.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.